WIADOMOŚCI LEKARZA

UBEZPIECZALNI SPOŁECZNEJ W WARSZAWIE

Listopad 1938 | WARSZAWA | Rok I. Nr. 5

TREŚĆ:

XX

Dwadzieścia lat to nie wiele, jeśli ktoś wzrok odwraca w przeszłość. Są narody, które żyją okresami kilkusetletnimi. Ich historia składa się z wiekowych odcinków. U nas tylko lat dwadzieścia minęło naszej nowej historii, a tak już wiele zmian.

Niech sobie mówią pesymiści, że nic się nie działo przez ten czas. Niech twierdzą, że nic się nie zmienia. Życie jednak zaprzecza na każdym kroku tym, którzy nie widzieli Polski wczorajszej — 1918 r. — ktorzy porównają tamtą Polskę w powijakach z Polską Dzisiejszą.

Nie potrzeba dobierać pięknych określeń, nie trzeba patosu, ni farb do podmalowania rzeczywistości.

Polska z przed lat dwudziestu to państwo, powstające na gruzach starej Europy, to kraj, który prócz dwudziestu kilku milionów mieszkańców nic nie posiadał. Warsztaty pracy zniszczone były przez zaborców, rozgrabione przez okupantów, spalone i zrabowane w czasie działań wojennych. Nie było zorganizowanej i jednolitej armii. Nie było zaopatrzenia, żołnierz polski walczyć musiał głodny i bosy.

Dziś mamy Gdynię, budujemy C. O. P., dziś powiększyliśmy nasze terytorium, odbierając zagrabiony w czasie naszej niemocy Śląsk.

Dziś Polska jest inna. Zupełnie inna.

* * *

Wspominając w naszym zawodowym piśmie o rocznicy Niepodległości, musimy przypomnieć, że w decydujących dla całego kraju chwilach, lekarze—Polacy spełnili swój obowiązek.

W szpitalach, gdzie grasowała epidemia. W czołówkach sanitarnych na froncie. W rowach strzeleckich. Wszędzie, gdzie groziło niebezpieczeństwo, gdzie ginęli ludzie.

W najprymitywniejszych warunkach, pozbawieni narzędzi, leków, dostatecznej ilości sił pomocniczych. W warunkach dziś nie do pomyślenia spełniali swój obowiązek lekarze i studenci — medycy. Ginąc sami, ratowali życie innych. Oni może najbardziej zdawali sobie sprawę, iż ich obowiązkiem jest iść właśnie tam, gdzie śmierć zbiera największe żniwo.

Wspominając te ciężkie, ale wielkie chwile wspólnie z innymi, patrzymy dziś z radością jak potężnieje Polska, w której budowie też wzięliśmy udział, spełniając swój obowiązek, tylko obowiązek lekarza Polaka.

Po latach dwudziestu wspólnym wysiłkiem dokonaliśmy tego, że niejeden człowiek, skazany dawniej na śmierć lub powolne konanie, wraca do zdrowia i pozostaje wśród nas, by pracować nad pomnożeniem potęgi Polski.

Teraz, kończąc pierwszy okres naszej Niepodległości, wkraczamy w okres drugi, świadomi obowiązków, jakie na nas ciążą.

Jednocześnie pamięć o legionistach i peowiakach i tych wszystkich, którzy walczyli o zdobycie bytu Niepodległej Polski niech nie ginie wśród młodego pokolenia. Hołd składamy tym, którym owo święto dwudziestolecia Niepodległości zawdzięczamy.

Sprawa zawarcia umowy między Ubezpieczalnią Społeczną a Zrzeszeniem Lekarzy U. S. w W-wie

Zagadnienie to jest dla nas wszystkich najaktualniejsze. Redakcja „Wiadomości Lekarza U. S." czekała przez cały listopad na możliwość ogłoszenia wyniku pertraktacji, nieoficjalnie dotychczas prowadzonych, pomiędzy Ubezpieczalnią Społeczną w Warszawie a Zrzeszeniem Lekarzy. Jednak uczynić tego nie można było do tej pory, ze względu na to, że Pan Minister Opieki Społecznej nie podpisał jeszcze wytycznych do umów, które będą zawarte pomiędzy poszczególnemi Ubezpieczalniami, a organizacjami lekarskiemi na terenie całej Polski. Dopóki to nie nastąpi to nie możemy drukować, ani powyższych „wytycznych", ani Ubezpieczalnia Warszawska nie może zawrzeć umowy ze Zrzeszeniem Lekarzy.

Na czem więc polegają owe „wytyczne?"

W celu zawarcia nowych umów pomiędzy poszczególnemi organizacjami lekarskimi, a Ubezpieczalniami na terenie całej R. P., ma być wydane przez Ministerstwo Opieki Społecznej zarządzenie, którego wytyczne będą jakby ustawą ramową do zawarcia poszczególnych umów lokalnych. Nad ustaleniem wytycznych powyższej ustawy ramowej pracowali od szeregu miesięcy przedstawiciele Ministerstwa Opieki Społecznej, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i przedstawiciele organizacji lekarskich z całej Polski. Zarząd Zrzeszenia brał czynny udział w tych konferencjach w M. O. S. i Z. U. S., które miały na celu opracowanie wytycznych do mających się zawrzeć umów.

Zdaniem Zarządu Zrzeszenia opracowane wytyczne do owej ustawy ramowej nie powinny już ulec zmianie, gdyż zostały między stronami całkowicie przedtem uzgodnione. Podpisanie wytycznych przez pana Ministra Op. Sp. ma nastąpić w najbliższym czasie. Niezależnie od tego, nie czekając na załatwienie powyższej sprawy przez Ministerstwo Op. Społ. Zarząd Zrzeszenia rozpoczął nieoficjalne rozmowy z przedstawicielami Ubezpieczalni Społecznej w W-wie o podpisanie umowy lokalnej, mającej na celu uwzględnienie lokalnych warunków pracy, oraz podwyżek uposażenia lekarskiego, gwarantujących lekarzom spokojną przyszłość.

Można więc liczyć na to, że z chwilą podpisania wytycznych przez pana Ministra Opieki społecznej oficjalne zawarcie umowy lokalnej między Ubezpieczalnią Społeczną w w W-wie a Zarządem Zrzeszenia nie spotka się z nowymi trudnościami i dojdzie do skutku. Jak nas informują, Zarząd Zrzeszenia ma niepłonną nadzieję, że omówione warunki pracy i płacy z Ubezpieczalnią Społeczną w Warszawie przyczynią się do zawarcia umowy w terminach ustalonych przy dotychczas obowiązujących umowach.

(R)

Potwierdzenie prawomocności władz Zarządu Zrzeszenia lekarzy U. S. na rok 1938-39 przez Komisariat Rządu na m. st. Warszawę

Piszę te słowa z niezmierną przykrością. My lekarze, wolny zawód i nagle...

Komisariat Rządu ma stwierdzać prawomocność naszych wyborów...

A jednak nie ma w tym najmniejszego cienia ingerencji władz, do naszych spraw lekarsko-zawodowych. To my sami, my lekarze, a właściwie **ta część, która należy do partii wojupącej Oddziału Warszawskiego Związku Lekarzy Państwa Polskiego, przekroczyła ramy tradycji lekarskich i nasze sprawy zawodowe oddała do sądzenia instytucjom, nie mającym z zawodem lekarskim nic wspólnego.** Prawnie to wszystko pięknie wygląda. Oczywiście, że w 100% godzimy się z faktem, że Komisariat Rządu m. st. W-wy jest powołany do nadzoru nad stowarzyszeniami. Decyzje jego również w zupełności

szanujemy i uznajemy. Ale to jest forum publiczne. Są sprawy, które załatwia się we własnym zakresie. W danym wypadku istniała Izba Lekarska, do której jako instytucji nadzorczej nad stanem lekarskim, można było apelować. Jednak Zarząd Oddziału Warszawskiego Związku Lekarzy P. P. pominął tę drogę, ze względów dla siebie zrozumiałych, a niezrozumiałych dla lekarzy ceniących swobodę wykonywania swego zawodu, i żądających ludzkich warunków pracy i płacy za wykonywanie swych obowiązków, a stojących poza nawiasem kłótni **osobistych o stanowisko prezesa Zarządu Zrzeszenia.**

Trudno jeszcze raz opowiadać jak to było z wyborami. Odsyłamy czytelników do Nr. 2 „Wiadomości Lekarza" z września b. r., gdzie pod tytułem „Otwarcie kadencji Rady Zrzeszenia wybranej na r. 1938/39 w dniu 19.V. 1938 r." znajduje się dokładny opis wyborów obecnego Zarządu Zrzeszenia.

Otóż przeciwko tym wyborom Oddział Warsz. Związku Lekarzy P. P. zgłosił protest na piśmie do władz lekarskich Ub. Społ. i Z. U. S.

W „Biuletynie Oddziału Warszawskiego Związku Lek. Państwa Polsk. piśmie, które pod względem organizacji i formy mocno naśladuje nasze „Wiadomości" tak jest przedstawiony powyższy fakt: „Komisariat Rządu zażądał od Związku wyjaśnień w sprawie wniesionych zarzutów przeciwko odbytym wyborom i wyjaśnienia te od Związku otrzymał. Sprawa więc znajduje się w rozpatrywaniu Kom. Rządu. „Biuletyn" Nr. 1 str. 6.

A więc, panowie, przyjmijcie do wiadomości fakt, **że Komisariat Rządu** pismem z dnia 1.XII.1938 r. Nr. Sp. II. 5/1023 **potwierdził prawomocność istniejącego Zarządu Zrzeszenia.**

W następnym numerze umieścimy in extenso pisma Oddziału Warszawskiego Związku Lekarzy, skierowane do władz, zajmiemy się ich treścią z punktu widzenia zawodowego, społecznego i deontologii lekarskiej. Umieścimy również oryginał pisma Komisariatu Rządu.

A teraz zadajemy pytanie zupełnie bezstronnie. Panowie, **czy nie czas wreszcie skończyć to gorszące widowisko?** Przecież tu chodzi o nasz byt. Pod słowem „nasz" w tym wypadku rozumiem nie tylko byt lekarzy zwolenników obecnego Zarządu, ale także byt lekarzy gorących zwolenników Oddziału Warszawskiego Związku Lekarzy P. P. Treść starej, oklepanej maksymy „w jedności siła" jest zawsze aktualną w sprawach zawodowych, a rzymskie „Divide et impera", które chciano zastosować do nas w chwili zawierania nowej umowy, może fatalnie wpłynąć na byt materialny wszystkich lekarzy pracujących w Ubezpieczalni Społ. m. st. Warszawy.

Dr. W. S.

„Archives de la medicine des enfants".

Cukrzyca a gruźlica u dzieci

przez P. Nobecourt, P. Dukas i Scheinmann

Wśród powikłań cukrzycy u dorosłych poważne miejsce zajmuje gruźlica. Ona też jest obecnie jedną z głównych przyczyn śmierci u diabetyków, od czasu gdy insulinoterapia pozwoliła ujarzmić napady kwasicy. U dzieci jednakże zdaje się tak nie być. Przed wprowadzeniem insuliny krótki rozwój cukrzycy nie pozwalał pojawić się gruźlicy. Na 164 dzieci leczonych przez Joslin'a Root'a i P. White'a 152 zejścia śmiertelne przypadają na wiek średni 2½ lat. Jest to więc 92%. Bourchardat, Lécorché, Durand-Fardel podają jej rzadkość i ciężkość. Trzeba jeszcze nadmienić, że Marcel Labbe, że ci autorzy mogli mieszać caheksję cukrzycową z gruźlicą płuc, która daje zbliżony obraz kliniczny. Gruźlica więc była wyjątkowo. Pod wpływem insulinoterapii, przedłużony okres trwania gruźlicy pozwala obserwować powikłania, które do tej pory były dziedziną cukrzycy u dorosłych. Ważne więc jest przestudiowanie stopnia do jakiego gruźlica może dojść. Należy zresztą liczyć się w tych badaniach ze środowiskiem, w jakim dziecko żyje, gdyż ono właśnie gra ogromną rolę w pojawieniu się i rozwoju gruźlicy. Z całości prac, poświęconych cukrzy-

cy u dzieci, wynika, że gruźlica jest u nich rzadkością. Ta jej cecha ujawnia się w pracach wspólnych, odnoszących się do skojarzenia dwóch chorób. Jedno dziecko na 95 obserwowanych — podług Thierry, 3 na 85 podług Roy'a. Zresztą w większości prac, poświęconych cukrzycy dziecięcej, gruźlica jest zaledwie wspomniana lub pominięta milczeniem, podczas gdy inne powikłania są dobrze przestudiowane, jak np. w pracy K. Widnäss. Niektóre statystyki uwidaczniają tę rzadkość. Dla dzieci cukrzycowych, od miesiąca życia do 15 lat podają 8 przypadków gruźlicy na 519. (P. White), 12 na 750 (Root, ta statystyka obejmuje i dzieci cytowane przez P. White), 5 na 152 (Priesel, Wagner), 1 na 15 Rodriguez, czyli w przybliżeniu 1,5%, 3,2%, 6,6% 1,6%. Ta sama rzadkość ujawnia się u istot młodych powyżej 15 lat. Priesel i Wagner przytaczają 1 obserwację, Root — 8, Izzo i Casanegra — 3. Z naszej strony mogliśmy prześledzić w przeciągu czasu, który przekroczył u jednego z nas 10 lat — 20 dzieci diabetycznych.

Gdy dziecko cukrzycowe staje się gruźlikiem, trzeba przestudiować: 1) wpływ gruźlicy na cukrzycę, 2) wpływ cukrzycy na gruźlicę.

1) Wpływ gruźlicy na cukrzycę:

U dorosłych gruźlica pociąga za sobą zwiększenie braku równowagi węglowodanów. Pojawienie się lub zwiększenie kwasicy. Pojawienie się względnej oporności na insulinę. Wyjątkowo tylko obserwowano zmniejszenie się hyperglykemii. Lecz zdaje się, że nie chodzi tu o polepszenie tolerancji na węglowodany, lecz także, co zauważyli M. Labbe, Boulin i Justin, Bazançon, o rezultat zmniejszenia się ilości węglowodanów wskutek braku łaknienia. U dziecka znajdujemy te same zjawiska, chociaż mniej zaznaczone. Napady kwasicy są częstsze (statystyka Root'a), hyperglykemia zwiększa się, ale gdy przychodzi zapaść (coma), chory nie jest nieczuły na terapię insulinową. Zaostrzenie w rozwoju sprawy gruźliczej ma ten sam wpływ, co pojawienie się gruźlicy — wywołuje również objawy precomatyczne (Izzo i Casanegra, Thierry), lub comatyczne (Priesel i Wagner).

Najczęściej, gdy napady kwasicy są ujarzmione, gruźlica i cukrzyca mogą rozwijać się prawidłowo. W przeciwieństwie do tego w niektórych wypadkach istnieje względna oporność insulinowa. Często skonstatowanie tej ostatniej pomaga do wykrycia gruźlicy, która pozostaje zresztą łagodna. Wpływ gruźlicy na cukrzycę nie jest zresztą specyficzny dla tego schorzenia. Da się on porównać do wpływu dobrze znanego, wszystkich chorób zakaźnych i gorączkowych. Historia chorego, obserwowanego przez Rodriguez'a jest w tym przedmiocie demonstracyjną: chory przebył następujące po sobie kolejno choroby: zakażenie pierwotne gruźlicze, błonicę i szkarlatynę. Te różne choroby wykazały jednakowe efekty, które ustępowały w ten sam sposób po zwiększeniu dawek insuliny. Pogorszenie, wywołane przez każde z tych schorzeń, nie było większe po tym czy innym cierpieniu.

Zresztą, jeżeli leczenie dietetyczne i insulinowe jest podjęte wcześnie i dobrze prowadzone, wpływ gruźlicy pozostaje przejściowy.

Jak u dorosłych i bardziej niż u nich dieta jest szczególnie ważna i nie powinna być zaniedbana. Dziecko, obserwowane przez P. White nie przestrzegało swego regime'u i pomimo zwiększonych dawek insuliny — koniecznych z powodu pojawienia się gruźlicy — umarło. Autor myśli, że mimo wielkości zmian gruźliczych narządów wewnętrznych, znalezionych na autopsji, gruźlica nie miałaby tego wpływu na rozwój cukrzycy, gdyby dieta była przestrzegana.

2) Wpływ cukrzycy na rozwój gruźlicy.

Zależy on również od prowadzonego leczenia.

U dziecka gruźlica pojawia się w dość różnym czasie po stwierdzeniu cukrzycy. W przeciwieństwie tego, co się widzi u dorosłych, wyjątkowo tylko gra ona rolę zakażenia ujawniającego i pozwalającego rozpoznać cukrzycę.

W 18 na 19 przypadków, zebranych w literaturze, cukrzyca pprzedza pojawienie się gruźlicy na 1 — 8 lat. Najczęściej w 87% przypadków źródło zakażenia było znalezione w otoczeniu chorego lub w przedłużonym pobycie w szpitalu.

Różne schorzenia anergetyzujące (jak różyczka u 8-letniej dziewczynki pielęgnowanej przez Priesel i Wagner) mogły grać pewną rolę sprzyjającą.

Z OSTATNIEJ CHWILI.

KOMUNIKAT

Zrzeszenia Lekarzy U. S. w Warszawie, Związku Lekarzy Państwa Polskiego i Związku Lekarzy Kas Chorych.

Zawodowe organizacje lekarskie zawiadamiają ogół lekarzy:

1. Przedstawiciele Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i podpisanych organizacji zawodowych lekarskich pod przewodnictwem Dyrektora Departamentu Ubezpieczeń Społecznych uzgodnili w czerwcu 1938 r., zasady ogólne do umów między ubezpieczalniami społecznymi a lekarzami. Zasady te uzyskały w dniu 24 czerwca 1938 r. aprobatę Pana Ministra Opieki Społecznej co zostało podane do wiadomości publicznej w oficjalnym komunikacie prasowym Ministerstwa Opieki Społecznej (Monitor Polski Nr. 143 z dn. 25 czerwca 1938).

2. Trudności natury finansowej, jakie wyłoniły się później, usunięto w drodze uzgodnienia pomiędzy władzami Z.U.S. i przedstawicielami zawodowych organizacji lekarskich. W dniu 7 listopada b. r. władze Z.U.S. i przedstawiciele organizacji lekarskich w obecności delegata Naczelnej Izby Lekarskiej stwierdzili w protokule końcowym ostateczne uzgodnienie zasad.

3. Do wiadomości zawodowych organizacji lekarskich doszło w ostatnich dniach, że przyjęcie zasad ogólnych natrafiło na trudności w Ministerstwie Opieki Społecznej i wskutek tego istnieje możliwość nieogłoszenia tych zasad przed dniem 1 stycznia 1939 r.

4. Zawodowe organizacje lekarskie oświadczają, że podpisane przez siebie zasady ogólne uważają w całej rozciągłości i osnowie za obowiązujące wszystkich lekarzy. Stanowisko to zostanie przedłożone Panu Ministrowi Opieki Społecznej.

5. Tam, gdzie umowy zostały ostatnio wypowiedziane, miejscowe organizacje i grupy lekarskie powinny przedłużyć dotychczasowe umowy z ubezpieczalniami społecznymi na czas nie dłuższy niż jeden miesiąc, — gdyby do dnia 31 grudnia 1938 r. nie zostały ogłoszone zasady ogólne.

6. Pomiędzy organizacjami lekarskimi istnieje ścisłe porozumienie i w razie jakiejkolwiek zmiany sytuacji odpowiednie dyrektywy zostaną podane do wiadomości ogółu lekarzy.

Warszawa, dnia 19 grudnia 1938 r.

Zrzeszenie Lekarzy U. S. w Warszawie.

Związek Lekarzy Kas Chorych *Związek Lekarzy Państwa Polskiego*

Obraz rozwoju i postać gruźlicy zależy, jak u dorosłych, od poprawnego i wczesnego leczenia cukrzycy, tak przed, jak i po pojawieniu się gruźlicy. Jeżeli schorzenie pojawia się u dziecka, którego stan ogólny dzięki insulinoterapii i diecie jest zadawalający — choroba rozwija się w ten sam sposób, jak u dziecka niecukrzycowego. Jak to się często stwierdza, pojawia się ona u tych dzieci bez gwałtownych zaburzeń funkcjonalnych, bez wyraźnych objawów klinicznych. Objawy ograniczają się do gorączki wieczornej, lub wychudzenia, które nie tłumaczy się cukrzycą lub nieprawidłowym leczeniem. Często gruźlica jest wykryta dopiero po odczynie skórnym tuberkulinowym dodatnim, lub po prześwietleniu klatki piersiowej. Tak właśnie było u dwojga dzieci, obserwowanych przez nas na poliklinikach.

Znaleźliśmy na obrazie radiologicznym hylitis et peryhylitis chrakterystyczne. To co składało się na zmianę odczynu tuberkulinowego z ujemnego na dodatni. Te zmiany nie odpowiadały żednemu zachwianiu stanu ogólnego w cukrzycy. Co do jednego dziecka, zakażenie można było przypisać pobytowi w szpitalu, u drugiego — źródło zakażenia nie było znalezione.

Wyjątkowo tylko gruźlica ma początek nagły. U małego chorego de Thierry wystąpiły następujące objawy: kłucie w boku kl. piersiowej, skok temperatury do 39, kaszel i znaczna plwocina. Zwróciło to uwagę, pozwalając wykryć zmiany w prawym szczycie. Kilkoro dzieci, obserwowanych przez Priesel'a i Wagner'a miały początek mniej lub więcej nagły. Dziecko 5-letnie przebyło kilkutygodniowy okres gorączkowy. W następstwie — pojawienia się wysięku surowiczo-włóknikowego który się nagle wessał. Zmiana odczynu skórnego, (jak dotąd ujemnego), na dodatni, wykazała naturę gruźliczą schorzenia. Chłopiec 7-letni zapada na gruźlicę po kontakcie z wujem. On również miał wysięk surowiczoropny. Chłopiec 14-letni, żyjący w przyjaźni z kolegą zaczął skarżyć się na bóle w brzuchu. Odczyn tuberkulozy, dotąd ujemny, stał się dodatni. Domyślano się gruźlicy kiszkowej lub przeponowej. Dwoje dzieci przeszły okresy gorączkowe, zakwalifikowane jako grypa, które odpowiadały, jak również wskazywała zmiana odczynu tuberkulinowego na dodatni, pierwotnemu zakażeniu gruźliczemu.

W większości przypadków gruźlica nie ma specjalnych objawów. Jej rozwój jest taki sam, jak się ogólnie obserwuje w tych latach. Oznaki fizyczne pozostają dyskretne. Obrazy radiologiczne odpowiadają obrazom klasycznym, w szczególności zespołom wysiękowym pierwotnym z reakcją ogniskową lub bez. Obserwuje się wyjaśnienie zmian w zwykłym czasokresie.

P White przebadał po kilku latach 6 chłopców, przedstawiających zmiany radiologiczne, rozpoznane jako zmiany gruźlicze. Znalazł te dzieci wyleczone zupełnie — klinicznie i radiologicznie.

Zmianom gruźliczym w płucach mogą towarzyszyć inne objawy, których charakteru dobrotliwego cukrzyca nie zmienia np. współistnienia zmian skrofulicznych skórnych u dziewczynki pielęgnowanej przez p. Priesel i Wagnera.

Jednakże u niektórych dzieci gruźlica może przybrać postać groźną, wtedy zbliża się ona do tego co obserwujemy u dorosłych. rzadko chodzi w tych wypadkach o zakażenie pierwotne, najczęściej o wznowienie zmian już starych lub o długotrwały kontakt. Obserwuje się wtedy rozpływ nagły zmian z tworzeniem się jam i obecnością prątków w plwocinie, rozprzestrzenianie się gwałtowne procesu chorobowego z jednego płata na oba pola płucne. Lecz podczas gdy u dorosłych cukrzyków w większości przypadków gruźlica postępująca pozostaje bezgorączkowa, u dzieci temperatura mało kiedy pozostaje normalna lub podgorączkowa jak w 3 obserwacjach Izzo Casanegra i u 3 chorych P. Whiete. Zazwyczaj jest ona wybitnie gorączkowa. Obrazy radiologiczne są zazwyczaj podobne do tych jakie się znajduje u dorosłych: wysięk międzypłatowy (periscissurite), rozpływ ostry z tworzeniem się jam etc. Spotyka się czasami typy mieszane. Priesel i Wagner znaleźli u jednego ze swych chorych obraz o wyglądzie drobnoogniskowym co kazało myśleć o wysianiu krwio-pochodnym. Izzo i Casanegra wykryli u 18-letniej dziewczyny nie gorączkującej lecz prątkującej obraz prosówki(?) Chory Rodriguez'a miał nacieczenie typu broncho-pneumonicznego rozległego na dwa pola płucne. Rozległość gruźlicy

może się tłumaczyć bądź wiekiem chorych, którzy są nie małymi dziećmi lecz młodymi ludźmi, patologia ich jest więc zbliżona do patologii dorosłych, bądź przez ciągłość i intensywność zakażenia rodzinnego, bądź też i głównie przez niewystarczającą kurację cukrzycy przed pojawieniem się gruźlicy. Szczególnie demonstracyjny pod tym względem jest przypadek Izza i Casanegra. Chłopiec był dotknięty cukrzycą w 14 roku życia; gruźlica pojawiła się u niego w 17 roku życia, gdy od jakiegoś czasu czując się lepiej zaniedbał kuracji.

Z drugiej strony prowadzenie kuracji cukrzycowej warunkuje w następstwie obraz gruźlicy. Na początek ery insulinowej można było napisać, że ta terapia jest zdolna do pobudzenia rozwoju ognisk bakteryjnych, jak dotąd ukrytych i że jej wpływ dobroczynny dla cukrzycy jest ujemny dla gruźlicy. Ta teoria nie została potwierdzona. Leczenie insulinowe połączone z regime'em odżywiania, poprawiające odżywienie diabetyków przyczynia się do zwiększenia odporności ich tkanek i powstrzymuje przez to samo czynniki, które sprzyjają rozwojowi gruźlicy. Ten szczęśliwy wpływ u cukrzyków dorosłych odnajdujemy wyraźnie i u dzieci. U chorych Thiery'ego kuracja insulinowa zatrzymała ostry rozwój gruźlicy, który przed jej zastosowaniem doszedł do rozkładu serowatego całego płata. Choremu proponowano odmę sztuczną na co nie zgodzili się rodzice. Po czterech latach kuracji nastąpiło zwapnienie zmian i gruźlica straciła swój charakter postępowy.

Zresztą gruźlica nie poprawia się o ile jej leczenie nie jest skoordynowane z leczeniem cukrzycy. Tak było np. u dziewczynki i chłopca leczonych przez Izzo i Casanegra. Insulinoterapia okazała się nie wystarczająca i zatrzymanie rozwoju procesu gruźliczego osiągnięto dopiero po odmie sztucznej, która u chłopca była obustronna. W niektórych przypadkach wyniki nie są dobre lub żadne: chłopiec 13-letni Roy'a, chory Rodrogueza umiera, przy czym ten ostatni przez nagłe uogólnienie zmian chorobowych. Insulino-oporność wywołana przez gruźlicę może być powodem niepowodzenia lecz trzeba się liczyć również w tych dwóch ciężkich przypadkach z zaniedbaniem możliwym kuracji. Dziewczynka leczona przez P. White ginie prawdopodobnie przez brak diety, gdyż pojawienie się gruźlicy było w tym przypadku poprzedzone kilkoma pojawieniami się ciężkiej kwasicy spowodowanej przez te same błędy. W sumie pewne formy gruźlicy u dzieci mogą rozwijać się czasami w sposób zbliżony do tego, jaki się opisuje u dorosłych. lecz odwrotnie niż to się dzieje u tych ostatnich formy te są wyjątkowe. Najczęściej gdy dziecko cukrzycowe dostaje gruźlicy pod warunkiem, że zakażenie jest krótkotrwałe i nieznaczne, rozwój gruźlicy, dzięki akcji kombinowanej, diety, odpoczynku i insulinoterapii kuracji sanatoryjnej, pozostaje dobrotliwy. Trzeba wiedzieć jeszcze czy zakażenie gruźlicze nie może być z powodu cukrzycy wcześniejsze u dziecka diabetycznego niż u dziecka normalnego; ażeby rozstrzygnąć ten problem należy przestudiować z jednej strony wczesność i częstość reakcji Pirqueta u dzieci cukrzyczych, z drugiej strony częstość oznak radiologicznych, mogących być uważanych za świadectwo zakażenia świeżego.

Co do drugiego punktu, jedne tylko studia wspólne były przeprowadzone przez Morrisona i Bogana. Ich poszukiwania odnoszą się do 300 dzieci cukrzycowych z których 20 małych dzieci. 235 od 2 do 15 lat i 45 od 15 do 19 lat. Znaleźli oni 50 wyników ujemnych. 30 dzieci obarczonych adenopathią tracheo-bronchialną u 187, powiększenie gruczołów tchawico-oskrzelowych ze zwapnieniami 33 podejrzane. Nie można zdać sobie sprawy czy liczby te są wyższe niż u dzieci niecukrzycowych z tego samego środowiska gdyż prace porównawcze nie były przeprowadzone. Na 20 dzieci badanych przez nas (autorów) znaleźliśmy 3 razy obraz wnękowy podejrzany. Wiek tych chorych odpowiadał temu w jakim się obserwuje przeważnie te zmiany i zdaje się nie stanowić żadnej różnicy z obserwacjami zebranymi wśród dzieci nie cukrzycowych. W pierwszym rzędzie poważne studia były poczynione przez Root, Priesel, Wagnera Nevcomb i Ferrada. Przed omówieniem rezultatów ich prac należy wspomnieć że wielu autorów a w szczególności Marcel Labbé, wzmiankują o wpływie anergetyzującym cukrzycy u dorosłych i o słabo nasilonym odczynie skórnym tuberkulinowym. (U dziecka cukrzycowego w przypadku gruźlicy postępującej) Priesel i Wagner donoszą, że odczyn Pirqueta może przybrać typ pęcherzykowy

i trwać bardzo długo, cytują oni przypadek 12 letniego dziecka u którego po odczynie Pirqueta zrobionym w okresie początkowym zakażenia gruźliczego wystąpił lymphangitis z limphadenitis; gorączka; wpływ niekorzystny na tolerancję węglowodanową. Trzeba nadmienić że chodzi tu o reakcję powstałą w pełni okresu allergii gruźliczej po 48 godzinach po pierwszym odczynie ujemnym.

Z naszej strony (autorów) wszystkie odczyny skórne wykonane u dzieci gruźliczych przez nas obserwowanych były we wszystkich punktach podobne co do nasilenia do tych, które się obserwuje u dzieci nie diabetycznych (i nigdy nie miały wpływu na przebieg cukrzycy). Różne statystyki nie zawsze dadzą się porównać gdyż odnoszą się do dzieci w różnym wieku i do bardzo różnej liczby dzieci. Jednakże te, które odnoszą się do serii dzieci liczbowo możliwych do porównania i dość znacznych, zawierają odsetek zbliżony. Tak więc 97 dzieci obserwowanych z jednej strony przez Root w klinice Joslin w 1934 r. z drugiej strony przez Priesela i Wagnera w klinice Wiedeńskiej w 1932 r. Odsetki odczynów skórnych dodatnie są jednakowe. 48,5% w pierwszym i 47,5% w drugim przypadku. Odsetki od 15% — 22% w serii Nevcomb : — (140 przypadków i de Ferrada 118 przypadków. Z 18 dzieci przez nas obserwowanych 9 miało odczyn dodatni. Z przyczyn materialnych było niemożliwe robić dla kontroli odczyn Mantoux we wszystkich przypadkach z odczynem Pirquet'a ujemnym. Tam jednak gdzie odczyn Mantoux był robiony był on ujemny, odczyny skórne były kilkakrotnie powtarzane. Wyniki te mogą być rozpatrywane jedynie gdy się ma na uwadze wiek chorych i gdy się je porównuje z wynikami osiągniętymi u dzieci niecukrzycowych w tym samym wieku i z tego samego środowiska.

Nie ma odczynów dodatnich u dzieci powyżej 5 roku życia oprócz grupy Root gdzie istnieje 5 przypadków dodatnich na 16 badanych dzieci chorych — 31% Między 6—10 rokiem życia odsetek jest jednak mały i 15 odczynów dodatnich na 36 chorych (41%); w grupie Root'a 7 na 28 28%) w grupie Priesela i Wagnera 1 na 19 (5%) w grupie Nevcomb; 1 na 7 (14%) u Ferranda'y 0 na 4 (Nobecourt Ducks i Szeinman. Powyżej 10 lat liczba odczynów tuberkulicznych dodatnia wznosi się do 23 na 38 przypadków = 73% (Root) 22 na 37 (59%) Priesel i Wagned. 5 na 13 (38% Nevcomba). I na 7-14% Ferranda (9 na 13, 68%) (Nobecont Duca i Scheinman). Porównanie z takimi odsetkami dzieci niecukrzycowych tego samego wieku może być zrobione wśród dzieci tego samego środowiska. Znane są w istocie rozbieżności ogłoszonych wyników, zależne od kraju, środowiska socjalnego. Z tego punktu widzenia Priesel i Wagner znajdują 26 Pirquet dodatnich u 38 cukrzyków od 14 — 20 roku życia (68%). W tym samym środowisku szkół wiedeńskich.

Hamburger i Monti uzyskali dla tego wieku 94% odczynów dodatnich. (ten stosunek może być przesadzony nie odpowiada świeżym statystykom) Root w Bostonie osiąga 48,5% odczynów dodatnich u diabetyków podczas gdy u dzieci tego miasta Chadwicki i Zacks osiągnęli 35%. Co się tyczy naszych obserwacji (autorów) u 13 dzieci w wieku przed 10 lat odsetek był 69% podczas gdy w świeżej statystyce odnoszącej się do tego samego środowiska jednego z nas razem z Briskas'em daje cyfrę 59% odczynów skórnych dodatnich u dzieci wogóle. Z tych studiów porównawczych wynika że odczyny tuberkulinowe dodatnie zdają się być częstsze u diabetyków niż u innych dzieci lecz odchylenia znajdowane między tymi dwoma grupami dzieci są zbyt małe, szczególnie jeżeli się weźmie pod uwagę że liczba dzieci przebadanych cukrzycowych jest mała w porównaniu z liczbami zwykłych statystyk ażeby można ustalić szczególną częstość zakażenia gruźliczego u dzieci cukrzycowych. Również nie zdaje się ażeby zakażenie zjawiało się wcześniej u tych dzieci. Ogólnie rzecz biorąc pod warunkiem że cukrzyca jest prawidłowo leczona, dziecko zdaje się zachowywać co do gruźlicy inaczej niż diabetyk dorosły.

Cukrzyca zdaje się nie zmieniać jego wrażliwości na gruźlicę. Ta ostatnia rozwija się u dziecka cukrzycowego w swój zwykły sposób i wpływa na cukrzycę tak jak wszystkie infekcje współprzebiegające.

Postacie ciężkie są rzadkie i gruźlica nie zdaje się być powikłaniem częstym cukrzycy dziecięcej.

Tłum. Dr. P. Dubeltowicz.

Zmniejszenie się zgonów z powodu błonicy

Statystyka obejmuje 88 miast o ludności 38 milionów. Liczba zgonów zmniejsza się stale w ostatnich latach;

Zgonów na 100 tys. mieszkańców.

1923-1928	9,24-13,3
1929	7,82
1930	5,12
1931	3,74
1932	3,21
1933	2,32
1934	2,23
1935	2,08
1936	1,50
1937	1,46

W dziesięciu miastach nie zanotowano w r. 1937 żadnego zgonu z błonicy i duru brzusznego.

Jest to wynikiem intensywnej akcji szczepiennej w ostatnich latach.

Walka z zapluskwieniem

Na nadesłane do Redakcji zapytanie jak walczyć z zapluskieniem mieszkań w nowych domach, podajemy poniżej streszczenie z pracy H. K. Millaka p.t. „Pluskwa jej biologia i zwalczanie" (Lekarz Wojskowy 1938 r.).

Rozwój pluskwy w temperaturze pokojowej trwa 7 — 10 tygodni. Pluskwa linieje pięciokrotnie. Wykluta z jaj larwa jest prawie przezroczysta. Do dalszego rozwoju musi się nassać krwi, co jest również warunkiem każdego następnego linienia. Dojrzała pluskwa składa 3 — 4 jaja, maksymalnie 12 jaj dziennie.

Życie pluskwy trwa z górą rok. Według Bruce Cunings'a czas od złożenia jaja do wyklucia się larwy trwa 8 dni, a okres rozwoju następuje po 6 tygodniach. Cilleuls i Bellon podają, że pomiędzy 1 a 15 czerwca młode pluskwy niosą jaja. Poczwarki zjawiają się w początkach lipca. Zależnie od tego winny być rozłożone zabiegi dezynsekcyjne przy tępieniu pluskiew. Pierwszy zabieg należy wykonać w kwietniu lub maju przed okresem niesienia jaj, drugi w lipcu celem zniszczenia poczwarek, wreszcie trzeci we wrześniu, żeby zniszczyć wszystko to, co ocalało w czasie poprzednim.

Walka z pluskwami może być prowadzona za pomocą środków biologicznych, chemicznych o działaniu bądź miejscowym, bądź ogólnym, wreszcie fizycznym. Ze środków fizycznych na pierwszym miejscu należy postawić stosowanie wysokiej temperatury. Już powietrze o temperaturze 45 st. C. zabija pluskwy i ich jaja po godzinie. Może być też z powodzeniem użyta wrząca woda, szczególnie do tępienia pluskiew w łóżkach metalowych. Do środków mechanicznych należy zaliczyć również wyłapywanie pluskiew przy nagle zapalonym świetle oraz za pomocą specjalnych pułapek z wielokrotnie złożonego papieru lub papieru marszczonego, używanego do pakowania żarówek.

Do środków chemicznych o działaniu ogólnym zalicza się cyjanowodór chloropikryny,dwutlenek siarki, siarczek węgla i t.p. Wszystkie te środki przy odpowiednim stężeniu dostatecznie wysokiej temperaturze i dobrym uszczelnieniu pomieszczenia mogą dać doskonałe wyniki. Użycie jednak tych środków wiąże się nieraz z wielkim niebezpieczeństwem dla zdrowia i życia człowieka — wszystkie one wymagają opuszczenia mieszkań na jeden lub parę dni. Dwutlenek węgla jest środkiem łatwo zapalnym, wybuchowym. Cyjanowodór posiada działanie zabójcze dla człowieka. Najmniejsza nieostrożność w obchodzeniu się z cyjanowodorem stwarza możliwość śmiertelnego zatrucia. Dezynsekcję tymi wszystkimi środkami może przeprowadzać tylko fachowy personel. Odpluskwianie mieszkań cyjanowodorem wymaga nieraz usunięcia mieszkańców z całego budynku.

Jako środki dezynsekcyjne najczęściej bywają używane: nafta, terpentyna, benzyna, ksylol, amoniak, kwas karbolowy, kreozole, kwas octowy i inne.

Zaleca się też mieszaninę mydła naftenowego (40 cz.) wody (20 cz.) nafty (30 cz.) terpentyny (10 cz.) amoniaku (1 cz.) przed użyciem należy mocno wstrząsnąć. Mieszaniny:

ksylolu (1 cz.) kryst. kwasu karlowego (3 cz.) lodowego kwasu octowego (4 cz.) nafty (30 cz.) Nafty (2 cz.) ksylolu (1 cz.) Ksylolu (3 cz.) eteru (1 cz.).

Mrówki, naturalni wrogowie pluskwy nie są pożądane w mieszkaniu człowieka. W Atenach w roku 1924 pluskwy zostały wytępione przez nieszkodliwego dla człowieka pająka, który niszczy dziennie do 40 pluskiew.

Najważniejszymi czynnikami sprzyjającymi rozpowszechnianiu się pluskiew są przede wszystkim tandetnie budowane i zaniedbane domy, następnie przeludnienie mieszkań i związana z nim trudność utrzymania izb mieszkalnych w czystości, sąsiedztwo zapluskwionych mieszkań, powszechny brak znajomości biologii pluskwy, nieznajomość środków jej tępienia wreszcie brak wiary w skuteczność walki. Wyolbrzymianie trudności tej walki, powiada Milak, prowadzi częstokroć do rezygnacji i zaniechania jakiegokolwiek działania, mającego na celu opanowanie tej plagi społecznej.

Pluskwa bowiem nie tylko pozbawia snu i wypoczynku po pracy, lecz jest przede wszystkim wrogiem zdolnym do przenoszenia chorób zakaźnych.

Dane statystyczne ilości ludności Zaolzia

Według spisu z r. 1930 ludność przyłączonych do Polski powiatów cieszyńskiego i frysztackiego liczyła 227 tysięcy osób. Pod względem zawodowym najliczniejszą grupę stanowili robotnicy, pracujący w przemyśle, który zatrudniał w tym czasie ponad 50 tysięcy ludzi.

Ponieważ przeciętnie na każde 100 osób zawadowo czynnych przypada na Śląsku Zaolzańskim 122,6 biernych, wobec tego można przyjąć, że z przemysłu utrzymuje się co najmniej 112 tysięcy ludzi: czyli blisko połowa całej ludności. Natomiast ludności utrzymującej się z rolnictwa jest zaledwie 15% czyli struktura zawodowa na Śląsku Zaolzańskim posiada wybitny charakter struktury ludności terenów uprzemysłowionych. Z przemysłowego charakteru struktury zawodowej można wnioskować, że główną grupą społeczną jest ludność utrzymująca się z pracy najemnej i rzeczywiście według W. Sworakowskiego dane, dotyczące struktury społecznej Polaków zamieszkałych za Olzą wykazują; że robotnicy wykwalifikowani stanowią 59,7%, a razem z rzemieślnikami, terminatorami i chałupnikami tworzą grupę, stanowiącą 70,6% zawodowo-czynnych Polaków.

Samodzielni stanowią wśród Polaków 26,2% urzędnicy 3,1%, oraz personel kierowniczy 0,1%. Przy porównaniu struktury społecznej zamieszkałych na Śląsku Czechów i Niemców okaże się, że grupa pracowników najemnych jest znacznie mniejsza. Natomiast liczba samodzielnych, urzędników i personelu kierowniczego jest wyższa. Z faktu, że większość ludności Zaolzia utrzymuje się z pracy najemnej wynika wniosek, że zagadnienia na Śląsku Zaolzańskim mają swoją specjalną wagę. Są to sprawy; ochrony pracy, ubezpieczeń społecznych, bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony miejscowego rynku przed napływem bezrobotnych z innych części kraju i t.d.

Nowe zdrojowiska polskie na Śląsku Zaolzańskim

Wskutek przyłączenia Śląska Zaolzańskiego do Polski nasz przemysł zyskał również nową cenną placówkę: jaką jest zdrojowisko Darków w powiecie frysztackim. Darków podobnie do innych zdrojowisk śląskich jak np. Jastrzębie Zdrój i Goczałkowice posiada silną solankę jodo-bromową. Do wskazań leczniczych jego należy gruźlica chirurgiczna, cierpienia reumatyczne i artretyczne, blednica, krzywica, zołzy, choroby kobiece i skórne weneryczne a także choroby nerwowe.

Zakład leczniczy w Darkowie położony w pięknym parku, wyposażony jest w pierwszorzędne urządzenia do kąpieli mineralnych

i borowinowych, hydro i elektro terapeutycznych, inhalatorium oraz posiada kilkadziesiąt komfortowych pokoi mieszkalnych dla kuracjuszy.

Oprócz Zakładu na terenie zdrojowiska znajdują się liczne pensjonaty.

Związek Uzdrowisk Polskich poczynił już starania o pozyskanie Zdrojowiska Darków na członka. Akcją tą zostaną również objęte gminy letniskowe w Beskidach Śląskich oraz stacja klimatyczna Jabłonków, posiadająca duże sanatorium dla płucno-chorych.

Badania nad mózgiem Marszałka Piłsudskiego

„We wrześniu b. r. nakładem Polskiego Instytutu Badań Mózgu wydana została pierwsza część badań nad mózgiem Marszałka Piłsudskiego, wykonanych przez prof. Maksymiliana Rosego w Wilnie. Część ta obejmuje opis mikroskopowy kory mózgowej i móżdżku, tudzież pomiary makroencephalometryczne. Do książki dołączony jest atlas o wymiarach 36 × 51 cm., zawierający 35 tablic z 67 oryginalnymi zdjęciami fotograficznymi.

Na nakład dzieła, które obejmuje ograniczoną liczbę egzemplarzy, Komitet wydawniczy rozpisuje subskrybcję. Cena książki i atlasu wynosi łącznie Zł. 300. — które wraz z kosztami przesyłki należy opłacić po przyjęciu zgłoszenia przez Komitet.

Zgłoszenia kierować należy do dnia 31.XII. 1938 r. do Polskiego Instytutu Badań Mózgu w Wilnie, ul. Letnia 5.

Stan personelu leczniczego w r. 1937 w Ubezpieczalni Społecznej w W-wie.

Personel lekarski:	1936 r.	1937 r.
Lekarze Administracyjni	15	17
„ Domowi	279	347
„ Specjaliści	144	138
„ Zakład,	51	61
„ Inni	136	199
„ Dentyści	93	104
Farmaceuci	169	189
Personel pomocniczy	471	579
Pracownicy fizyczni	277	333
Ogólna liczba personelu Działu Lecznictwa	1.635	1.967.

Jak wynika z powyższego zestawienia wzrost liczby personelu Działu Lecznictwa wyniósł 20% w stosunku do r. 1936. Wzrost ten nastąpił z powodu konieczności powiększenia obsługi leczniczej chorych i bardzo wydatnego zwiększenia się pracy w tym zakresie, oraz z powodu otwarcia własnego szpitala i zwiększenia liczby lekarzy administracyjnych.

W miarę narastania liczby uprawnionych i zangażowania zbyt zmniejszonego personelu lekarskiego po redukcjach daleko idących w 1934 i 1935 r. frekwencja chorych w gabinetach lekarzy domowych wzrastała w bardzo szybkim tempie.

Ponieważ przeciętne liczby, udzielanych przez lekarzy domowych porad: stawały się zbyt duże, zwiększono liczbę rejonów lekarzy domowych w Warszawie ze 164 do 210, angażując dla ich obsady dalszych 46-ciu lekarzy domowych. Ponad to poddano gruntownej rewizji dotychczasowe granice wszystkich istniejących rejonów lekarzy domowych.

Na terenie pięciu przynależnych do Warszawskiej Ubezpieczalni powiatów, zaszła konieczność natychmiastowego powiększenia liczby rejonów lekarzy domowych, co też zostało uskutecznione i liczba tych rejonów została zwiększona o 12 nowych rejonów.

W ten sposób ogólna liczba rejonów lekarzy domowych wynosiła na całym terenie działalności Ubezpieczalni 347.

Świadczenia lecznicze Ubezp. Społ. w Warszawie

Działalność Ubezpieczalni w zakresie udzielania porad lekarskich wyrażała się w roku sprawozdawczym liczbą 4.026,256 (w r. 1936 — 3.384.386 porad) z czego na terenie Warszawy udzielili lekarze 3.420.701, na terenie zaś powiatów 605.555 porad. Przeciętna liczba porad przypadająca na jednego ubezpieczonego w okresie rocznym wyniosła 11,1 porady, co przy 10,6 z roku ubiegłego stanowi wzrost 0,5 porady na jednego ubezpieczonego. Podanej liczby 4.026.256 porad lekarze domowi udzielili 2.125,974 czyli 52,8% wszystkich porad, lekarze specjaliści 1,188,361, co stanowi 29,5% ogółu udzielonych porad, — lekarze pediatrzy 460,162 czyli 11,4% wszystkich porad, — następnie lekarze czasowi: przyjęci na zastępstwa lub w okresie wielkiego nasilenia zachorowalności (epidemia grypy) 134,728, czyli 3,4% i lekarze fabryczni 117,031, czyli 2,9% wszystkich porad.

Na porady udzielane w gabinetach lekarzy domowych względnie w ambulatoriach specjalistycznych i fabrycznych przypadło 3,647,436, (90,6% wszystkich porad) na porady udzielone w domu obłożnie chorych 378,820 (9,4% ogółu porad).

Porady lekarskie w 1937 roku w-g specjalności lekarzy w Ubezpieczalni Społecznej w W-wie.

			Razem	
	1936 rok	1937 rok	1936 rok	1937 rok
W gabinetach lekarskich i ambulatoriach				
Ubezpieczonym pierwszorazowo	588.164			
„ powtórnie	1.125.552			
Członkom rodz.: pierwszorazowo	496 790			
„ „ powtórnie	855.654		3.066.160	
Ubezpieczouym pierwszorazowo		736.862		
„ powtórnie		1.299.389		
Członkom rodz.: pierwszorazowo		627 872		
„ „ powtórnie		983.313		3.647.436
W domu chorego				
Ubezpieczonym pierwszorazowo	55 849			
„ powtórnie	51.927			
Członkom rodz.: pierwszorazowo	113.616			
„ „ powtórnie	96.824		318.226	
Ubezpieczonym pierwszorazowo		78.190		
„ powtórnie		61.297		
Członkom rodz.: pierwszorazowo		138.986		
„ „ powtórnie		100.347		378.820
Ogółem			3.384.386	4.026.256

Liczba udzielonych przez pediatrów porad w r. 1937 wyniosła 460,162 porady, z czego w gabinetach lekarskich 378,495, w mieszkaniu obłożnie chorych 81,667.

Ilość zbadanych młodocianych zwiększa się z roku na rok zarówno jak i liczba badań, która w roku sprawozdawczym osiągnęła cyfrę 8,845 badań (w r. 1936 dokonano badań 6,343)

Do pogotowia wpłynęło ogółem 112,178 wezwań telefonicznych. W porównaniu z r. 1936 w którym liczba wezwań telefonicznych wynosiła 92,179 — nastąpił wzrost o 21,5%.

Komunikaty Zarządu Zrzeszenia

KOMUNIKAT

Zarząd Główny Polskiego Białego Krzyża, zwrócił się do nas z apelem o przeprowadzenie akcji, mającej na celu powołanie do życia na terenie Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie, oddziału P. B. K.

Polski Biały Krzyż został powołany do życia w okresie wojny bolszewickiej i na przestrzeni dwudziestu lat ofiarnie współpracuje z naszą armią w pierwszym rzędzie nad szerzeniem oświaty w wojsku oraz nad zespoleniem społeczeństwa z armią.

W długim szeregu prac P.B.K. należy wymienić organizacje świetlic i bibliotek dla żołnierzy, udział w świętach pułkowych, organizowania witania wojsk, wracających z manewrów i t.p.

Praca o tak szerokim zasięgu wymaga jednak dla swej skuteczności środków finansowych, których dostarcza całe społeczeństwo polskie, rozumiejąc doniosłą rolę dla Państwa pracy Polskiego Białego Krzyża.

W obec tego zwracamy się do wszystkich Kolegów, ażeby zechcieli gorąco poprzeć inicjatywę Zarządu Głównego P.B.K. przez wstępowanie w szeregi członków P.B.K. w charakterze członków popierających (składka miesięczna wynosi tylko 20 gr.), stwierdzając tym raz jeszcze wysoki poziom uspołecznienia i pojmowania obowiązków obywatelskich.

Zarząd Zrzeszenia Lekarzy Ubezp. Społ. w Warszawie

Zarząd Związku Zawodowego Prac. Instytut. Ubezp. Społ. Oddział Warszawski

XIII KURS W PAŃSTWOWEJ SZKOLE HIGIENY p. t. „ALKOHOLIZM I JEGO ZWALCZANIE“.

W dniach 12 — 17 grudnia r. b. odbędzie się w Państwowej Szkole Higieny w Warszawie XIII kurs p. t. „Alkoholizm i jego zwalczanie“.

Program kursu ujmuje zagadnienie to z punktu widzenia społeczno-lekarskiego i wykazuje metody zwalczania klęski alkoholizmu.

Wykłady odbywać się będą codziennie w godzinach rannych i popołudniowych w gmachu Państwowej Szkoły Higieny, ul. Chocimska 24 w Warszawie.

Wpisowe wynosi 4 zł. Część uczestników kursu będzie mogła uzyskać stypendia w wysokości 40 zł.

Zgłoszenia na kurs oraz ewentualne podania o przyznanie stypenium winny być nadesłane do Państwowej Szkoły Higieny, najpóźniej do dnia 3.XII. br. włącznie.

Do podania, zawierającego dokładny adres kandydata, należy dołączyć krótki życiorys z wyszczególnieniem danych o dotychczasowej działalności społecznej oraz zaświadczenie instytucji lub organizacji, delegującej kandydata.

O przyjęciu na kurs i ewentualnym przyznaniu stypendium kandydaci zostaną zawiadomieni do dnia 10 grudnia b. r.

Ze względu na wagę zagadnienia uprasza się o zawiadomienie o powyższym kursie kierowników Ośrodków Zdrowia, odpowiednie instytucje i organizacje społeczne oraz o ułatwienie zainteresowanym wzięcia w nim udzału.

(—) Dr. J. Adamski
Dyrektor Departamentu.

KOMUNIKAT SEKRETARIATU ZARZĄDU ZRZESZENIA.

Zarząd Zrzeszenia Lekarzy Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie podaje do wiadomości członków, iż Sekretariat Zrzeszenia czynny jest codziennie od godz. 12-tej do 14-ej oraz od godz. 20-ej do godz. 22 oprócz soboty.

KOMUNIKAT REFERATU PRAWNEGO PRZY ZARZĄDZIE ZRZESZENIA.

Ostatnio doszło do wiadomości Zarządu Zrzeszenia, że szereg Kolegów zwraca się do radcy prawnego Zrzeszenia celem załatwiania osobistych spraw Sz. Kolegów, nie dotyczących spraw Zrzeszenia (np. osobiste sprawy sądowe). Wyjaśniamy, iż referat prawny udziela porad na tle zawartej umowy zbiorowej z Ubezpieczalnią, jednak sprawy osobiste podlegają oddzielnemu honorarium przez członków Zrzeszenia.

Celem uniknięcia ewentualnych nieporozumień prosimy o kierowanie zapytań w kwestiach prawnych za pośrednictwem Zarządu Zrzeszenia do referatu prawnego, na

co Sz. Koledzy jeśli to będzie sprawa obchodząca ogół członków odpowiedzi będą umieszczane w Wiadomościach Lekarza Ubezpieczalni, w pojedyńczych wypadkach odpowiedzi będą indywidualnie podane na piśmie zainteresowanemu.

ERRATA.

W artykule p. Dr Kazimierza Junoszy-Humieckiego p. t. „Pogotowie Ubezpieczalni Społecznej a lekarz domowy" wkradła się pomyłka drukarska. Ostatnie zdanie artykułu powinno brzmieć: „Stanie się wówczas zadość zasadniczej myśli i tendencji mego artykułu by współpraca lekarza pogotowia i lekarza domowego uległa sharmonizowaniu i potoczyła się po jednym, wspólnym torze".

ODPOWIEDZI REDAKCJI.

Koledze A. B. Zapytuje Kolega jaki % alkoholu posiada normalnie ustrój ludzki we krwi (alkohol pochodzenia endogenetycznego)?

Norma alkoholu waha się w granicach 0,6 mm % do 5,1 mm % średnio 2,8 mm %.

KSIĄŻKI NADESŁANE.

„Zabiegi pielęgniarskie" pod redakcją Teresy Kulczyńskiej i Hanny Chrzanowskiej. Broszura wydana przez P. S. P. Z. (Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych) w Krakowie w 1938 r., wydanie drugie. Broszura ujmuje w sposób niezmiernie zwięzły i rzeczowy wszelkiego rodzaju zabiegi pielęgniarskie. Ze względu na bardzo systematyczny i jasny wykład powinna się cieszyć dużą poczytnością wśród pielęgniarek zawodowych.

Wszystkim naszym Czytelnikom zasyłamy najlepsze życzenia

„WESOŁYCH ŚWIĄT"

Wydawnictwo „WIADOMOŚCI LEKARZA UBEZPIECZALNI SPOŁ."

Następny numer ukaże się w końcu grudnia r. b.

Ceny ogłoszeń: 140 zł. za stronę na okładce. 120 zł. za stronę przed i po tekście, 60 zł. — 1/2 i 30 zł. — 1/4; 100 zł. za stronę wewnętrzną, 50 zł. — 1/2 i 25 — 1/4.

Dyżury Redakcji co czwartek 8—9 wiecz. w lokalu Zrzeszenia Koszykowa 37, tel. 8-82-54.

Adres Redakcji: ul. Leszczyńska 8 m. 3

Wydawca: **Dr. Aleksander Rytel.** Redaktor: **Dr. Sabina Różycka**

Zakłady Graficzne B. Pardecki i S-ka, Sp. z o. o. Warszawa, Żelazna 56, tel. 5.22-05

WPROWADZONY DO LEKOSPISU U. S. W. W WARSZAWIE

OPOTONIN
Klawe

Koncepcja preparatu **Opotonin** oparta jest na **synergii trzech grup leków:** grupy biologicznej (Ovaria, Testic.), chemicznej (As., Strychnina i P) i magnezowej (roztwór izotoniczny chlorku magnezu).

Dzięki współdziałaniu tych składników Opotonin jest wybitnym lekiem **pobudzającym, tonizującym i wzmacniającym.**

Choroby wewnętrzne:

Stany wyczerpania ogólnego ustroju, przemęczenia fizycznego i psychicznego, ozdrowienie po chorobach zakaźnych, blednica u młodych dziewcząt, zaburzenia okresu pokwitania, niedowład żołądka.

Choroby Kobiece

Zaburzenia okresu przekwitania, hipotonia.

Schorzenia układu płciowego:

Niemoc płciowa, oziębłość płciowa, szczeg. u kobiet, dyspareunie.

Schorzenia nerwowe:

Neurastenia, histeria, zaburzenia układu, roślinnego, początkowe okresy zaniku nerwu wzrokowego, porażenia nerwów ruchowych, pobłonicze porażenie podniebienia miękkiego.

Choroby przemiany materii:

Otłuszczenie u mężczyzn i kobiet w okresie między 40–50 rokiem życia.

Sposób stosowania.

Opotoninę stosuje się podskórnie lub domięśniowo. Kuracja składa się z kilku seryj (2–3–4) po 10 wstrzykiwań.

Opakowanie.

Pudełko z 10 amp. po 1,1 cc.